



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE OBSTETRICIA PUERICULTURA



“PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL DE LAS GESTANTES QUE ASISTIERON A SU CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA, DURANTE JUNIO-AGOSTO DEL 2013”

Tesis presentada por:

**Hilda Cristina Cárcamo Salazar
Aylin Tania Mendoza Flores**

**Para optar el título profesional de
Licenciadas en Obstetricia**

**AREQUIPA – PERU
- 2014 -**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y fuerzas para seguir adelante permitiéndome llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar.

A mis hijos que son fuente de mi inspiración, son ellos, luz de esperanza, fuerza y voluntad para seguir adelante cada día.

HILDA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y al patrón Santiago por mostrarme día a día que con humildad, paciencia y sabiduría todo es posible.

A mis padres y hermanos quienes con su amor, apoyo y comprensión incondicional estuvieron siempre a lo largo de mi vida estudiantil; a ellos que siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles y que han sido incentivos de mi vida.

AYLIN

I. INTRODUCCIÓN:

Uno de los problemas de salud pública que afecta a las mujeres embarazadas es la falta de autocuidado preconcepcional, siendo estas: la falta de planificación del embarazo, inadecuada nutrición (deficiencia en el consumo de vitamina, proteína y minerales), control médico y obstétrico, hábitos nocivos, exposición a teratógenos químicos (insecticidas, fertilizantes, veneno para ratones), falta de autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social, y esos aspectos mencionados nos podrían conllevar a tener un producto en malas condiciones y a su vez aumentar la morbilidad materna y neonatal.

En nuestra sociedad las prácticas adecuadas de autocuidado preconcepcional no están generalizadas, ni bien informadas; y una proporción importante de los embarazos no son planificados. Por ello cabe hacerse la pregunta ¿Las mujeres embarazadas que asistieron a su control prenatal en el C.S. Ampliación Paucarpata tuvieron prácticas adecuadas de autocuidado? He aquí la motivación de elección de éste tema para conocer la realidad de las prácticas de autocuidado en las mujeres embarazadas.

En este contexto la presente investigación puede ser una importante herramienta para la creación de estrategias de intervención que busquen promover, mantener y/o mejorar las prácticas de autocuidado preconcepcional de las mujeres en edad fértil e implementarlas, para aminorar los riesgos biopsicosociales y del ambiente favoreciendo un futuro embarazo se dé en las mejores condiciones, tanto para la mujer, la familia y el hijo que deseen procrear.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

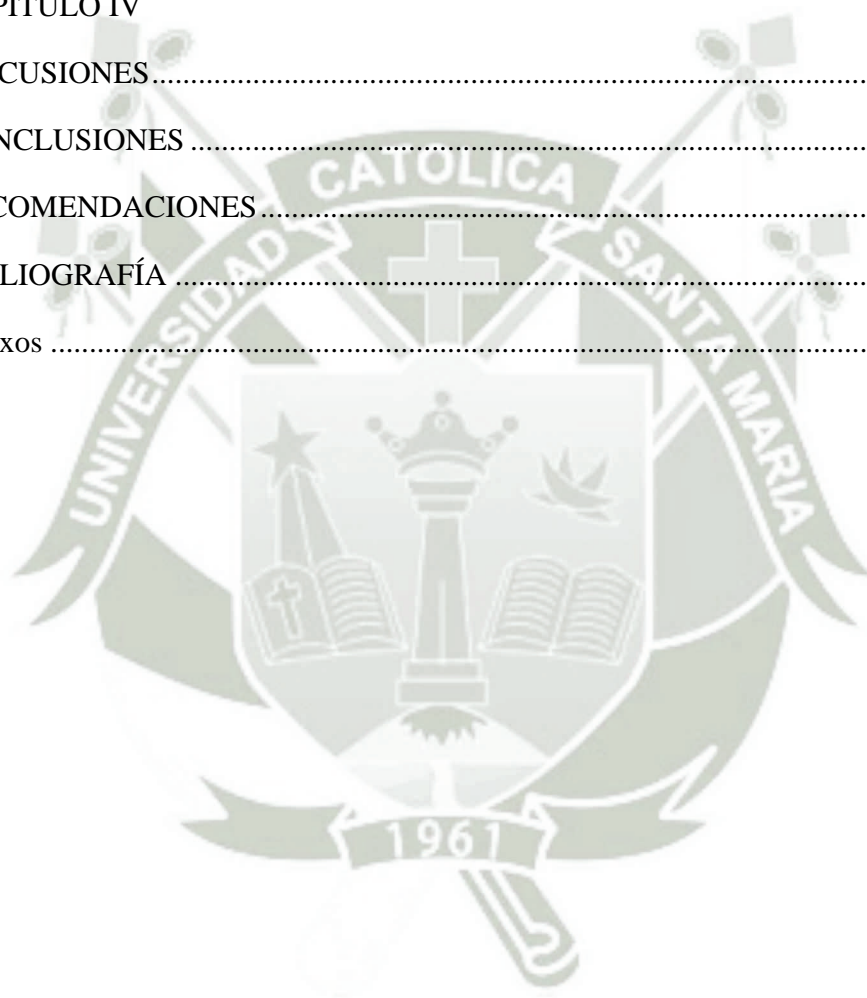
CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	1
1.2 Descripción	1
1.3 Justificación	4
2 OBJETIVOS	5
3. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1 Marco conceptual.....	6
3.2 Análisis de antecedentes investigativos	29
4. HIPÓTESIS.....	32

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	33
1. TÉCNICAS	33
1. INSTRUMENTO	33
3. MATERIAL DE VERIFICACIÓN	33
4. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	33
4.1. Ubicación espacial	33
4.2. Ubicación temporal	33
4.3. Unidades de estudio	33

5. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	34
5.1 Estrategia para manejar resultados.....	34
CAPITULO III	
RESULTADOS.....	35
CAPITULO IV	
DISCUSIONES.....	52
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES.....	58
BIBLIOGRAFÍA	59
Anexos	64



RESUMEN

Hemos realizado este estudio con el fin de conocer las prácticas de autocuidado preconcepcional en las gestantes que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata, establecimiento de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Arequipa.

Es un estudio descriptivo, relacional y transversal, donde aplicamos una encuesta a través de una entrevista, a una muestra de 100 gestantes. Las variables consideradas fueron prácticas de autocuidado preconcepcional en relación con: nutrición, asistencia a control médico y obstétrico, estilo de vida, conocimiento, exposición a teratógenos químicos, autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social.

Resultados: Dentro de las prácticas de autocuidado preconcepcional, las madres manifestaron en su mayoría no poseer hábitos saludables ya que no hay cuidado en su nutrición, control médico obstétrico previos al embarazo. Sólo el 26% de la muestra planificó su embarazo y un escaso 21% tenían adecuados conocimientos sobre las medidas de cuidado preconcepcional. En la esfera psicosocial las madres encuestadas refirieron tener prácticas saludables ya que presentan comportamientos de autoestima alta, buen estado de ánimo, adecuadas relaciones interpersonales, así como integración a círculos sociales en mayor proporción, que las de prácticas no saludables. La falta de control médico obstétrico preventivo antes de la gestación se asoció a pacientes de grado de instrucción secundaria, a su vez a la no planificación del embarazo, y al desconocimiento sobre autocuidado preconcepcional.

Conclusión: Las madres no tienen medidas adecuadas de autocuidado preconcepcional dentro de la esfera biológica.

PALABRAS CLAVE: prácticas, autocuidado, preconcepcional.



CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN :

1.1. ENUNCIADO:

“Prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes que asistieron a su control prenatal en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata, durante junio-agosto del 2013”

1.2. DESCRIPCIÓN:

a. Área del conocimiento:

- **Área general:** Ciencias de la Salud Humana
- **Área específica:** Medicina Humana
- **Especialidad:** Obstetricia
- **Línea:** Promoción y prevención de la Salud materno perinatal.

b. Análisis u operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB- INDICADORES
V.I FACTORES PERSONALES	Sociales	Edad
		Grado de instrucción
		Estado civil
	Biológicos	Alguna enfermedad crónica que usted padezca
		Antecedente Gineco-Obstétrico que usted haya presentado.
		Número de partos que ha tenido usted
	Económicos	Lugar de trabajo
		Las horas que usted trabaja al día
		Su Ingreso familiar
		Vivienda
V.D PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL	Nutrición	Consume usted leche o sus derivados
		Consume usted pescado
		Consume usted carne roja
		Consume usted verduras
		Consume usted frutas
		El agua que usted consume proviene
	Control médico y obstétrico	Ha asistido a sus controles médicos y obstétricos
		La razón por la que asistió al médico y obstetra
		Se controla su peso
		Examen de papanicolau
		Autoexamen de mamas
	Hábitos nocivos	Fuma cigarrillos de tabaco
		Consume usted alcohol
		Usted se auto medica
		Consume usted cocaína y/u otras drogas recreacionales
		Algún miembro de su familia fuma tabaco dentro de la casa
		Conoce usted los riesgos asociados al consumo de cigarrillos, alcohol y/o medicamentos drogas
		conoce usted acerca de "cuidado preconcepcional
		Planifico su embarazo

	Autocuidado Preconcepcional	Información obtenida (radio, TV, internet y profesional de salud)
		Se vacunó contra la rubéola
		Se vacunó contra la hepatitis B
		Se vacunó contra el tétanos
		Suplemento de ácido fólico
		Toma suplemento de yodo
		Se realizó el test de Elisa
		Se realizó una revisión de sus dientes previo a quedar embarazada
	Exposición a teratógenos químicos	Nocividad para el embarazo de estas sustancias(insecticidas, fertilizantes, veneno para ratones)
		Que sabe usted sobre los efectos nocivos de estas sustancias(insecticidas, fertilizantes, veneno para ratones)
	Autoestima	Cuida usted su apariencia personal
		Se siente usted aceptada por los demás
		Usted es capaz de decir no cuando le ofrecen algo perjudicial
		Escucha los consejos que le sirven para el cuidado de su salud
		Evita situaciones que la entristezca
	Estado de ánimo	Trata usted de tranquilizarse cuando tiene problemas
		Sale usted de casa para despejarse
	Relaciones interpersonales	Conversa usted de sus sentimientos con su pareja o familiares
		Conversa usted de sus sentimientos con sus hijos
		Conversa usted de sus sentimientos con sus amistades
	Círculo social	Asiste usted a fiestas (familiares u otras)
		Asiste usted a reuniones en su comunidad
		Participa usted de actividades recreativas

c. Interrogantes básicas:

- ¿Cuáles son los principales factores personales que presentan las gestantes en estudio?
- ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado que realizaron las gestantes que asisten al control prenatal?
- ¿Cuál es la relación que existe entre las prácticas de autocuidado que realizaron las gestantes que asisten a su control prenatal y los factores personales analizados?

d. Tipo de investigación: La investigación es de campo ya que la información se obtuvo mediante entrevista a las gestantes en estudio, aplicando una encuesta.

e. Nivel de investigación: la investigación es descriptiva y relacional porque además de describir, analiza la relación y su dependencia entre las variables.

1.3. Justificación:

Originalidad: El presente trabajo de investigación no ha sido descrito y analizado desde el punto de vista que se plantea, por lo que se le considera original y específico.

Relevancia científica: El presente trabajo de investigación buscamos conocer las prácticas de autocuidado preconcepcional que desarrollaron las gestantes estudiadas, así como también, factores personales y del entorno que influyen en dichas conductas.

Relevancia contemporánea: El presente trabajo de investigación es de actualidad: Porque es uno de los problemas de salud pública la falta de prácticas de autocuidado preconcepcional, y por medio de estos datos, se podrían establecer las necesidades de promoción y prevención específica y la priorización

en la prestación de servicios, y generar proyectos y programas de intervención, evaluación y seguimiento en este grupo de mujeres.

Factible: El presente trabajo de investigación es factible porque se realizó una prueba piloto.

2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

2.1. Objetivos específicos:

- Conocer los principales factores personales de las gestantes en estudio.
- Identificar, en la población de estudio, las prácticas de autocuidado preconcepcional más frecuentemente realizadas, en los ámbitos de: nutrición, control médico, control obstétrico, hábitos nocivos, autocuidado preconcepcional, exposición a teratógenos químicos, autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social.
- Establecer asociaciones entre las prácticas de autocuidado preconcepcional de la población en estudio y los factores personales analizado.

3. MARCO TEÓRICO:

3.1. Marco conceptual:

3.1.1. Atención preconcepcional:

Es el conjunto de acciones en salud, que se realizan; a una mujer sola, o con su pareja; incluyen actividades de promoción, prevención, valoración del riesgo concepcional y de intervención en las condiciones que pudieran afectar un futuro proceso de gestación. Ministerio de Salud de Chile (2007)

El objetivo de la atención preconcepcional es aminorar los riesgos biopsicosociales y del ambiente para que el futuro embarazo se desarrolle en las mejores condiciones, tanto para la mujer, la familia y el o la hija que deseen procrear. Es una estrategia efectiva para contribuir a la mejor calidad de vida de las personas a lo largo de su ciclo vital y a través de todos los programas de salud. Ministerio de Salud de Chile (2007)

3.1.2. Consejería preconcepcional

Proceso de comunicación entre el personal de salud y la pareja o usuario/as, mediante el cual se les ofrece los elementos que les ayuden a tomar una decisión voluntaria, consciente e informada acerca de la procreación desde el punto de vista de su estado de salud. Ministerio de Salud de Chile (2004).

Así mismo, informar a la pareja como pueden aplazar este proyecto de vida, si las condiciones de salud no son las mejores en el momento de la consejería. La consejería u orientación debe ser aplicada adecuándose a las características de la población a la que va dirigida, tomando en cuenta el enfoque de género, etnia, cultura, etapa del ciclo de vida y condiciones socioeconómicos. Ministerio de Salud de Chile (2004)

La consulta preconcepcional: la entrevista programada entre una mujer(o una mujer y su pareja) con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de corregir eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la mujer y su pareja reciban toda información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo.

En muchas comunidades la mayoría de las gestaciones no son programadas y la identificación del embarazo ocurre una o dos semanas luego del retraso menstrual, cuando ya transcurrió una etapa crítica del desarrollo embrionario, de esta forma el embrión puede haber estado expuesto a agentes nocivos.

Mientras las mujeres que planifican una gestación un alto número de ellas no pueden acceder a una orientación preconcepcional apropiada que les permita afrontar el embarazo en mejores condiciones. Algunas, específicamente acuden en búsqueda de asesoramiento pero generalmente este no está pautado o es limitado. FESCINA RH, DE MUCIO B Y COL. (2011)

La etapa para implementar las actividades de promoción y protección de la salud en la mujer parte desde la adolescencia. Esta etapa es considerada como un período preparatorio para el embarazo ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo. Además de elegir el momento oportuno para el embarazo, a partir de la decisión responsable, la mujer debe informarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos para asumir un embarazo seguro. Una importante proporción de mujeres, fundamentalmente las adolescentes, no acceden a estas opciones vitales. Es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno perinatal y que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa. Estas acciones deben estar incluidas en los programas de salud integral

de la mujer, en especial para adolescentes. SCHWARCZ, URANGA Y COL (2001)

El cuidado preconcepcional es recomendado como un componente crítico en la atención sanitaria de las mujeres en edad reproductiva. El mismo se define como un conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo. DUARTES WAHL (2009).

3.1.3. Autocuidado en salud y teorías asociadas

El concepto de salud, es un término amplio y complejo, la definición más ampliamente aceptada es la señalada por la OMS en el año 1948, la cual, la establece como un completo bienestar físico, psicológico y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Según OREM (1991), el concepto de salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes, en sus distintos componentes, significa integridad física, estructural y funcional, ausencia de defectos que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, racional y pensante. OREM(1991).

En cuanto a la Teoría General del Autocuidado, ésta tiene su origen en la norteamericana Dorothea Orem, que escribió su primer libro en el año 1971, y desde allí en adelante, se desarrollan las teorías y subteorías que componen este modelo, de gran aplicación en la época actual. Entre dichas teorías se encuentra la del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistemas de enfermería. OREM, (1991).

Esta teoría, permite un abordaje integral del individuo, en función de situar los cuidados básicos como centro de ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir, a mejorar su calidad de vida. Para OREM (1991), la enfermería orienta sus acciones directamente al autocuidado expresando que:

es un acto propio del individuo que sigue un patrón, una secuencia y cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y al desarrollo del ser humano.

A pesar de los diversos modelos planteados como la solución para alcanzar el desarrollo, el autocuidado como una práctica de dimensión individual y colectiva, es una herramienta para avanzar en los objetivos del desarrollo humano, pues permite que el proceso de cuidados no sea un hecho aislado y limitado a medicación y atención, sino que, supera el ámbito biológico y se adentra en la subjetividad de cada individuo para hacer posible el reconocimiento de su especificidad, promover el autoestima y autonomía para llegar a un estado en el que su autocuidado sea el resultado de una valoración individual, que recupera el valor de las acciones correctivas y que promueva la generación de una nueva conciencia respecto de lo saludable y lo no saludable. OREM, (1991).

Según OREM (1991), el autocuidado no es innato, se debe aprender, y depende de las costumbres, creencias y prácticas habituales del grupo social al cual el individuo pertenece.

Esta actividad de enseñanza constituye una responsabilidad de todo profesional de la salud, donde la educación juega un papel importante, en la medida que permite a las personas hacer frente a sus problemas de salud.

3.1.4. Objetivos de autocuidado

3.1.4.1. Autocuidado universal

Son llamados también necesidades de base, comunes a todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida, dan como resultado la conservación y la promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas. son conocidas como demandas de autocuidado para la atención primaria, que comprenden: la conservación de la ingestión suficiente de agua

y alimento, suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la soledad y la interacción social, evitar riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar, promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal. OREM, (1991)

3.1.4.2. Autocuidado del desarrollo

Esto implica promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez. OREM, (1991)

3.1.4.3. Autocuidado en relación a la desviación de la salud

Cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de autocuidado. En este caso el individuo, tiene como objetivos prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad denominándoles demanda de autocuidado para la prevención secundaria. OREM (1991)

3.1.5. Autocuidado y autoestima

A través de la historia, partiendo desde la cultura Griega, se generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado, basados en el siguiente principio: “Hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, constituyendo un sujeto responsable de sus propios actos”.

El enfoque integral y humano del autocuidado se refiere a que toda persona saludable necesita afecto, protección, participación, entendimiento, ocio,

creación, libertad para desarrollar una autoestima que posibilite descubrir su propia identidad.

Estos factores están relacionados con los valores, los recursos, las costumbres, los derechos, las prácticas personales y sociales, los hábitos, las creencias, el entorno social y los atributos del ser. En otras palabras el autocuidado es un acto individual que cada persona realiza cuando adquiere autonomía, pero a la vez es un acto recíproco que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda, por ello es primordial mantener relaciones interpersonales que permitan la interacción constante. DUARTES WAHL (2009).

3.1.6. Autocuidado preconcepcional

3.1.6.1. Dimensión biológica

3.1.6.1.1. Nutrición

La futura madre debe conocer su peso habitual y llegar al embarazo con un peso adecuado a su contextura. La subnutrición previa al embarazo no corregida, asociada con poca ganancia de peso durante el embarazo, aumenta la morbilidad y mortalidad neonatal. Por otro lado, la obesidad, se asocia con diabetes, hipertensión, macrosomía fetal, la cual también aumenta el riesgo perinatal. SCHWARCZ, URANGA Y COL (2001)

Se deben identificar en la evaluación preconcepcional malos hábitos nutricionales y sus consecuencias, sobrepeso, delgadez, anorexia, bulimia y suplemento vitamínico inadecuado. La calidad de la dieta antes y durante el embarazo tiene influencia sobre algunos resultados maternos perinatales, por eso, mantener una dieta saludable y balanceada es tan importante antes como durante el embarazo. Por esta razón cada mujer que acuda al control preconcepcional deberá recibir instrucción verbal y por escrito de cuáles son los alimentos ideales en cantidad y calidad adecuada que deberá consumir

mientras se prepara para el embarazo y durante el mismo. DUARTES WAHL (2009).

Hay estudios que confirman que muchas mujeres no cumplen con los requerimientos de vitaminas A, B6, C, D, E y ácido fólico, calcio, hierro, magnesio y zinc. Se ha visto que la malnutrición durante el embarazo se asocia a prematurez, restricción de crecimiento intrauterino, mortalidad perinatal y defectos del tubo neural. Se debe realizar campañas informativas priorizando el valor nutricional de la dieta, previo y durante la gestación reforzando el uso de alimentos ricos en folatos y carotenoides, mejorar la nutrición en gestantes pobres a través de canasta básicas pueden ser una opción acorto plazo. DUARTES WAHL (2009).

3.1.6.1.2. Examen de salud

El modelo de atención en el período preconcepcional debe ser multidisciplinario e integral y deberá comprender: examen clínico general y regional: en especial exploración mamaria, exploración vaginal y pélvica, citología cervical, toma de Papanicolaou (según corresponda). Control de peso y la talla, control de la presión arterial, visita al dentista y/o nutricionista, suplemento de vitaminas según corresponda; así como exámenes auxiliares y exploración de antecedentes personales y/o familiares detalladamente para evaluar estilo de vida, riesgos de infecciones de transmisión sexual (ITS), potencial exposición a teratógenos químicos, saneamiento básico, posibles vectores, entre otros parámetros a evaluar.

3.1.6.2. Dimensión psicosocial

Se relaciona con hacer frente a los cambios que se presentan en la dimensión psicosocial, las prácticas en esta dimensión deben contemplar:

Todo ser humano sólo por el hecho de serlo merece respeto, incondicional de los demás y de sí mismo. Cuando la mujer está en la etapa preconcepcional

debe conocerse a sí misma, estar bien informada y preparada, potenciar hábitos de vida saludable, compartir experiencias con otras mujeres, volver a conocer el cuerpo y entender sus cambios, plantearse nuevos proyectos de vida y amarse a sí misma. DUARTES WAHL (2009).

3.1.6.2.1. Autoestima

La autoestima es la valoración que cada persona hace de sus atributos intelectuales, emocionales, físicos y espirituales; es el sentimiento o concepto valorativo (positivo o negativo) del ser, la cual se aprende, cambia y se puede mejorar y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias. Según como se encuentre la autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que estos están intrínsecamente ligados. Una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, fomentará el autocuidado, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, así como también es la base de una salud mental y física adecuada. La persona con una autoestima elevada, valora y cuida su salud, sabe que es muy importante para ella y para los que le rodean mantenerse en buen estado de salud, por lo tanto evita o se abstiene ante situaciones perjudiciales de salud que puedan ser de alto riesgo. DUARTES WAHL (2009).

3.1.6.2.2. Estado de ánimo

El estado de ánimo puede mejorarse a través del uso de recetas naturales como tomar un vaso de leche tibia antes de dormir así como el uso de romero, ruda, entre otras. El ejercicio combate la depresión leve y la ansiedad. Se aconseja técnicas de relajación, de meditación, llevar una vida sin presiones ni estrés, realizar actividades novedosas y atractivas, salir de paseo. DUARTES WAHL (2009).

3.1.6.2.3. Relaciones interpersonales y círculo social

En esta nueva etapa se sugiere emprender nuevas actividades, frecuentar asociaciones, asistir a reuniones sociales, disponer de más tiempo para disfrutar y cultivar amistades.

3.1.7. Políticas de salud y mujer

La mortalidad materna es un indicador sensible del estado de la mujer en la sociedad, refleja el acceso a los servicios de salud y la calidad de atención recibida. En el año 1987, durante la Reunión Internacional de Maternidad Saludable y Segura realizada en Nairobi (Kenia) se estableció como meta para los países en vías de desarrollo la reducción de la mortalidad materna en un 50% hacia el año 2000, recientemente las metas de milenio (Naciones Unidas, 2000), insta a los gobiernos a reducir la mortalidad materna en un 75% hacia el 2015. DUARTES WAHL (2009).

3.1.8. Promoción de la salud en las Américas

La OMS caracteriza el concepto de promoción de protección de la salud como la suma de las políticas y acciones que aseguran las condiciones para una vida sana y un desarrollo sostenido de la salud a los niveles individual y colectivo. Abarca los requisitos para alcanzar la salud y las condiciones para lograr un medio ambiente saludable, que incluyen el necesario apoyo social, la organización comunitaria y otras medidas para ayudar a los grupos y a los individuos a satisfacer sus necesidades en cuanto a la salud. Al explicar éste concepto se supone que el suministro de información permitirá a las personas tomar sus propias decisiones en relación con su forma de vida y les ayudará a sustentar sus conocimientos y su motivación para el mantenimiento de su propia salud. De esta forma, la promoción y la protección de la salud

comprenden todos los pasos relacionados que permiten que las personas alcancen todo su potencial en cuanto que esté a su alcance.

En América Latina y el Caribe, debido a los elevados índices de mortalidad materna, los gobiernos y ministerios de salud desarrollaron esfuerzos por mejorar la atención de la salud de la gestante; para ello se implementaron diversas estrategias. La promoción del control prenatal, las intervenciones sobre nutrición en gestantes, el enfoque de riesgo obstétrico, la promoción del parto institucional y del parto limpio en domicilio atendidos por parteras tradicionales, la oportuna accesibilidad a establecimientos que brinden funciones obstétricas esenciales de calidad, entre otras, fueron las estrategias de mayor difusión y aplicación. Adicionalmente, se están haciendo esfuerzos por identificar y extender las estrategias más costo efectivo para países en vías de desarrollo, para lo cual se vienen realizando estudios de evaluación de resultados e impacto de intervenciones en salud materna. OMS (1995)

3.1.9. Conferencia de Ottawa y la Carta de Ottawa

“La noción de promoción de la salud expuesta en la Carta de Ottawa es un concepto positivo de la salud como fuente de riqueza en la vida diaria. Un componente crucial para su éxito es el de hacer que la población participe y modifique conductas y estilos de vida nocivos para la salud, para reducir los riesgos y desarrollar un sentido de responsabilidad compartida con los servicios de salud. La Carta hace de la promoción de la salud una tarea intersectorial que incluye educación, información, comunicación social, legislación, establecimiento de normas, organización, participación de la población y esfuerzos para reorientar los servicios de salud”. RED PROMO-UACH (1998).

3.1.10. Concepto de salud reproductiva

El proceso reproductivo está condicionado por la condición social de la mujer, sobre la cual influyen factores sociales, culturales, políticos, económicos y, por factores afectivos, del comportamiento individual y de las relaciones interpersonales. El embarazo no deseado, condición que predispone a la realización voluntaria de un aborto provocado, se asocia con el escaso conocimiento de la mujer sobre su propio cuerpo, la ignorancia de la propia fisiología reproductiva, y el no uso, o uso inadecuado, de métodos anticoncepcionales eficaces. Las desigualdades de género se expresan fuertemente en el ámbito de la vida sexual: muchas mujeres no tiene el poder necesario para decidir sobre sí misma, lo cual las lleva a aceptar relaciones sexuales no deseadas, que pueden llevar a un embarazo no deseado, y sus riesgos asociados: aborto provocado, falta de compromiso con el hijo ya nacido, que lleva a situaciones de abandono y maltrato infantiles ("aborto social").

“la inmensa contribución aportada por la salud reproductiva a la salud general ha quedado ensombrecida hasta la fecha, en gran parte porque trata de aspectos de la vida sumamente personales y porque existen barreras sociales y culturales que dificultan una discusión franca y abierta de estos temas. Pero ya es hora de que la comunidad sanitaria mundial reconozca abiertamente la importancia crucial que tiene una buena salud reproductiva y no desperdicie la oportunidad de mejorar dicho aspecto de la salud, y por extensión la salud general de millones de personas". OMS (1995)

3.1.11. Riesgo reproductivo preconcepcional

Su finalidad es el conocimiento de aquellos factores que pueden dificultar o facilitar la concepción y el posterior desarrollo del embarazo y la maternidad para poder actuar sobre ellos precozmente.

Entre los datos de la historia general, ginecológico y obstétrico destacamos a continuación los más relevantes:

La edad materna influye tanto en aspectos psicológicos como fisiológicos. Las adolescentes, que con frecuencia presentan embarazos no deseados, pueden no asumir suficientemente la responsabilidad de un embarazo, con las consecuencias psicológicas negativas que este hecho puede conllevar. Las gestantes de 15 a 19 años tienen con mayor frecuencia hijos con bajo peso, prematuros y las tasas de mortalidad infantil son mayores. Las causas no están claras y se cree que puede estar influenciado por la inmadurez biológica, estatus social bajo, cuidados preconcepcionales y prenatales inadecuados, conductas inadecuadas o mal estado nutricional.

Las gestaciones con una edad materna menor de 15 años o mayor de 40 conllevan un riesgo incrementado de alteraciones cromosómicas.

Además, las gestantes mayores de 35 años tienen mayor riesgo de infertilidad (menopausia prematura, endometriosis, etc.), presentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas y complicaciones durante la gestación y el parto como diabetes gestacional, hipertensión o alteraciones de la placenta. En estos dos grupos de pacientes incidirá nuestro consejo sobre planificación familiar. La información sobre riesgo gestacional y anticoncepción puede contribuir a disminuir la tasa de embarazos no deseados y favorecer una gestación responsable.

3.1.12. Antecedentes obstétricos y reproductivos

Se recogerá información general: tipo menstrual, embarazos previos y resultado y complicaciones surgidas en ellos: Hipertensión arterial, diabetes, depresión, que requerirán una especial vigilancia en el próximo embarazo.

Métodos anticonceptivos utilizados y consejo sobre el modo de interrumpir su uso y sobre la conveniencia de dejar un periodo de unos 3 meses antes de la gestación.

Historia previa de infertilidad o abortos a repetición en los que hay que valorar la realización de estudios, generalmente en el nivel especializado, así como aconsejar un seguimiento precoz del futuro embarazo.

Historia sexual y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual que pudieran condicionar infertilidad, embarazos ectópicos, cáncer cervical y tomar las medidas necesarias para su detección y tratamiento si procede.

3.1.13. Enfermedades maternas no transmisibles

Por su prevalencia y posibilidades terapéuticas se comentan a continuación las siguientes patologías:

Diabetes: Las gestantes diabéticas tienen de 2 a 3 veces más riesgo que la gestante no diabética de presentar complicaciones como aborto espontáneo, alteraciones congénitas (malformaciones óseas, alteraciones cardiovasculares, defectos del tubo neural y alteraciones génito-urinarias), preeclampsia o parto prematuro. El factor causal de estas anomalías no está comprobado, aunque sí se ha demostrado que el control estricto de la glucemia en el periodo preconcepcional y durante la organogénesis ha reducido el riesgo de malformaciones fetales y abortos espontáneos; por lo tanto, es importante que las pacientes diabéticas planifiquen sus embarazos de forma que mantengan una glicemia basal menor de 100 mg/dl y postprandial menor de 140 mg/dl. La tensión arterial (TA), función renal y la posibilidad de padecer retinopatía o neuropatía deben ser evaluadas antes de la concepción. Con respecto a la medicación, no se deben administrar antidiabéticos orales. El primer escalón del tratamiento de las diabéticas que planificaron una gestación es la dieta para controlar los niveles de glicemia y, si aun así no se mantienen en los rangos mencionados anteriormente, habría que comenzar tratamiento con insulina, preferiblemente humana, por su menor poder antigénico.

Hipertensión arterial: Las mujeres hipertensas pueden ver agravada su enfermedad durante la gestación. Es prioritario evaluar el tratamiento antihipertensivo.

Como primera medida se debe recomendar dieta y reposo y según la evolución se añadirá tratamiento farmacológico, preferiblemente con nifedipino 10mg, fármaco relativamente seguro; como fármacos de segunda elección se utilizan los betabloqueantes. Está contraindicado el control de la hipertensión con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina durante la gestación.

Asma: El asma es una de las enfermedades médicas más frecuentes en mujeres en edad fértil. Se han realizado estudios comparativos sobre el riesgo gestacional entre pacientes asmáticas y no asmáticas encontrando que no existen diferencias significativas en la incidencia de pre eclampsia, mortalidad perinatal, partos pre-término, crecimiento intrauterino retardado o malformaciones congénitas entre los dos grupos.

Enfermedad tiroidea: En el tratamiento del hipotiroidismo la L-tiroxina no presenta teratogenicidad. Los fármacos antitiroideos y el yodo radiactivo deben excluirse del tratamiento, utilizándose con preferencia el propiltiouracilo para el tratamiento del hipertiroidismo de la futura gestante.

Epilepsia: La epilepsia tanto la enfermedad por sí sola, como los fármacos utilizados para su control son dos factores teratógenos comprobados, aunque parece que para la evolución del embarazo es más negativa la presencia de crisis epilépticas incontroladas que los efectos adversos asociados a la medicación. No obstante, se debe mantener la dosis de medicación mínima que controle el riesgo de crisis epiléptica; incluso algunos autores recomiendan retirar la medicación si en los dos o tres años previos no se han presentado crisis. SCHWARCZ, URANGA Y COL (2001)

3.1.14. Enfermedades maternas transmisibles

La mayoría de las enfermedades de origen infeccioso que se presentan a continuación pueden ser teratogénicos durante el desarrollo embrionario. (Varicela, citomegalovirus, toxoplasmosis, VIH, sífilis, hepatitis B, tuberculosis, tétanos) Aunque su acción puede continuar luego del periodo embrionario y en algunas ocasiones aún hasta después del nacimiento. Un ejemplo de estos lo contribuye la sífilis congénita. Por este motivo es que se debe primeramente evitar su ocurrencia durante la gestación y de ocurrir esta se debe tratar a la embarazada y al recién nacido si fuera necesario. DUARTES WAHL (2009).

Rubéola: Se recomienda evaluar la susceptibilidad a la rubéola, descartando por la historia clínica que la mujer no haya padecido la enfermedad, o que no haya recibido la vacuna. En caso de dudas se justifica efectuar serología para rubéola a toda mujer en edad de procrear. Todas las mujeres no embarazadas susceptibles deberán ser vacunadas antes del embarazo o después del parto.

Varicela: Se recomienda evaluar la susceptibilidad a la varicela, descartando por la historia clínica que la mujer no haya padecido la enfermedad, o que no haya recibido la vacuna. A pesar que las mujeres adultas tengan una historia negativa o incierta de haber padecido varicela, más del 85% son inmunes a ella. En caso de dudas se justifica efectuar serología para varicela a toda mujer en edad de procrear. Si no se dispone de serología la vacunación será la opción.

Citomegalovirus: El citomegalovirus es la infección congénita más frecuente y es la principal responsable por los casos de sordera neurosensorial y retardo mental de etiología viral. El citomegalovirus pertenece al grupo de los virus herpes y es relativamente poco contagioso, necesitando contactos estrechos y prolongados. La infección en adultos no tiene consecuencias clínicas graves excepto en pacientes inmunodeprimidos.

Esta infección ocurre en 1% de los nacimientos (80% son asintomáticos). Se debe advertir a todas las mujeres, especialmente a las madres con hijos pequeños y a aquellas que tienen contacto profesional con niños (maestras, personal de salud) los cuidados higiénicos (lavado de manos) que se deberán tener al manejar pañales impregnados con orina de niños pequeños, quienes suelen ser la principal fuente de infección.

Toxoplasmosis: Se deberá advertir a toda mujer que desea embarazarse acerca de las formas para evitar contraer una toxoplasmosis en el embarazo y los riesgos que la misma puede ocasionar. En aquellos países en donde se efectúa el tamizaje para toxoplasmosis se podrá advertir a las mujeres con anticuerpos anti toxoplasma que la madre portadora de infección crónica excepcionalmente transmite el parásito al feto. A toda mujer que conociendo o desconociendo su estado serológico se le debe dar los consejos generales de prevención para toxoplasmosis.

VIH: Las mujeres en edad fértil tienen el derecho de someterse a pruebas de tamizaje para VIH, previa consejería y garantizando la confidencialidad. Es recomendable sugerir el tamizaje a toda mujer que se quiere embarazar. En caso de pruebas positivas se deberá informar sobre el riesgo de transmisión vertical y los tratamientos profilácticos existentes. En aquellas mujeres que decidan no embarazarse se les deberá ofrecer métodos anticonceptivos seguros.

Sífilis: Conocer el estado serológico para sífilis antes del embarazo contribuye a efectuar el tratamiento de la mujer y sus contactos en un momento ideal. Las mujeres con sífilis deberán ser informadas sobre los riesgos de transmisión vertical de esta infección de transmisión sexual.

Hepatitis B: La infección fetal por hepatitis B se asocia a prematuridad y retardo de crecimiento intrauterino. Toda la población y especialmente los adolescentes y mujeres en edad fértil deberán recibir una vacuna contra la hepatitis B cuando no tienen anticuerpos. Esta vacuna puede ser aplicada aun durante el embarazo ya que se trata de una vacuna de virus muertos.

Tuberculosis: Ante el aumento de la incidencia de tuberculosis en población de alto riesgo la realización del test de la tuberculina preconcepcional es una buena medida de cribaje de infección tuberculosa en pacientes infectados con VIH y población de bajo nivel socioeconómico. Si la paciente necesita tratamiento antituberculoso la asociación de isoniacida y etambutol se considera de elección por el bajo riesgo teratógico en caso de gestación. La tuberculosis durante el embarazo puede causar retardo de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, sepsis neonatal y muerte. En caso de infección activa se sugerirá posponer el embarazo hasta haber obtenido la alta médica por la tuberculosis.

Tétanos: Toda mujer que llega al control preconcepcional deberá ser consultada acerca de si recibió vacuna antitetánica y si la misma está vigente. En caso de no haberla recibido se comenzará el esquema de vacunación. SCHWARCZ, URANGA Y COL (2001)

3.1.15. Hábitos nocivos: tabaco, alcohol, drogas:

Tabaco: El hábito de fumar, activo y pasivo afecta tanto al feto como a la madre, entre los daños atribuidos se describen: infertilidad, abortos espontáneos, bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino, riesgo de parto pre-término, desprendimiento de placenta, muerte fetal y perinatal, aumento del riesgo de infecciones del tracto respiratorio del recién nacido. Es prioritario evitar su consumo y ofrecer un programa activo de cese de fumar a las gestantes. SCHWARCZ, URANGA Y COL (2001)

Alcohol: Se trata de un agente probablemente teratogénico y no existe una dosis considerada segura para su uso durante la gestación. Se asocia con muerte intrauterina, restricción de crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta. El consumo excesivo de alcohol tempranamente en la gestación puede producir el síndrome del alcohol fetal en torno al 10% de embarazos. Las campañas de

educación son de extrema importancia ya que no existe la noción de este riesgo en la población. Las mismas deben enfatizarse en el alcohol y no en el alcoholismo. Mientras se consiga el abandono del uso del alcohol debe sugerirse posponer el embarazo hasta que se logre. DUARTES WAHL (2009).

Drogas: De una forma general se puede afirmar que todas las drogas afectan en forma negativa a la mujer, su entorno y al futuro embarazo. La mayor parte de las drogas al atravesar la barrera placentaria afectan al feto el que es muy vulnerable, las drogas de peso molecular muy bajo, pasan al feto con gran facilidad y una pequeña cantidad puede transformarse en una sobredosis. El uso de cocaína durante la gestación ha sido vinculado a defectos por disrupción vascular, expresados en anomalías del sistema nervioso central, defectos por reducción de miembros y retardo de crecimiento intrauterino. La marihuana presenta efectos similares a los causados por el cigarrillo.

Además de explicar los riesgos del consumo de sustancias, se debe proponer un plan de tratamiento para el abandono de la adicción, mientras esto no se consigue se deberá sugerir posponer el embarazo, para lo cual debe indicarse un contraceptivo seguro. DUARTES WAHL (2009).

3.1.16. Medicamentos

El consumo normal de medicamentos es necesario para curar o controlar una determinada afección en esos casos siempre se deberá valorar el momento oportuno para recomendar en el embarazo. Pero en otras oportunidades el uso de estos por automedicación puede configurar un patrón adictivo, en estos casos, como ya se inició con el uso de otras sustancias, se deberá informar sobre los riesgos que implica el uso sobre la salud de la mujer y de su futuro embarazo. La premisa a dar a toda mujer que piensa embarazarse es que los medicamentos deben evitarse a menos que sean indispensables y en estos casos deberá consultar al equipo de salud para evaluar cuidadosamente el

riesgo fetal frente al beneficio materno de dicha medicación. SCHWARCZ, URANGA Y COL (2001)

3.1.17. Ocupación: Exposiciones materna

Ciertas condiciones de trabajo han sido asociadas con un aumento en resultados perinatales adversos (abortos, muerte fetal, parto pre-término, bajo peso al nacer y algunos defectos congénitos). Entre dichas condiciones se pueden citar

- Trabajar más de 10 horas por día.
- Permanecer de pie por más de 6 horas en forma continuas.
- Exposición a tóxicos químicos (incluyente agentes anestésicos, solventes y pesticidas). Las mujeres que puedan tener una exposición laboral a estas sustancias, deberán ser aconsejadas para cambiar sus labores antes de embarazarse o apenas lo sepan. Hasta el momento no existe evidencia de riesgo teratogénicos por exposición paterna a estos mismos agentes.

Otros estudios han comprobado que las mujeres que trabajan en fábricas de semiconductores y que están expuestas a altos niveles de éteres de glicol, otro tipo de disolventes, tienen casi el triple de probabilidades de sufrir un aborto espontáneo que las mujeres no expuestas. Los éteres de glicol también se utilizan en trabajos de fotografía, tinturas y serigrafía. DUARTES WAHL (2009).

3.1.18. Medio Ambiente: Contaminación.

Los fetos y los niños, en comparación con los adultos, presentan una vulnerabilidad especial a los tóxicos ambientales debido a su inmadurez fisiológica y más tiempo de vida después de la exposición. Los efectos en el desarrollo fetal pueden tener consecuencias inmediatas, e incluso a largo plazo, en la salud de los individuos.

Agua potable: El agua potable puede contener bacterias de desechos de heces humanos y animales, sustancias químicas contaminantes, incluyendo pesticidas y compuestos orgánicos volátiles, metales pesados como el arsénico y el plomo, e incluso productos derivados de los procesos de desinfección del agua potable. Esta amplia gama de contaminantes puede causar un amplio espectro de efectos adversos para la salud, desde enfermedades gastrointestinales simples hasta graves efectos a largo plazo, incluyendo el cáncer. Quienes tienen más probabilidades de sufrir enfermedades causadas por agua contaminada son las personas que no tienen acceso a drenajes sanitarios; los que viven cerca de fábricas de productos químicos, rellenos sanitarios, vertederos de desechos peligrosos o grandes granjas; y las personas cuyo abasto de agua depende de pozos poco profundos o agua superficial que pueden drenar áreas altamente contaminadas.

En los últimos años, los medios han planteado cierta inquietud por los posibles riesgos que pueden presentar para el embarazo los productos derivados del agua potable tratada con cloro. El cloro se añade al agua potable para eliminar los microbios que causan enfermedades. No obstante, cuando se combina con otras sustancias presentes en el agua, produce cloroformo y otras sustancias químicas relacionadas llamadas trihalometanos. Algunos estudios sugieren que el riesgo de aborto espontáneo y de desarrollo insuficiente del feto puede aumentar cuando los niveles de estas sustancias químicas son elevados. El agua potable también puede contaminarse con pesticidas, plomo u otros metales.

3.2. Análisis de antecedentes investigativos:

Duartes Wahl, h. 2009. Prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas, que ingresan al control prenatal, en el consultorio urbano Víctor Domingo Silva, de la ciudad de Coyhaique. Enero 2008.

Tesis pregrado. El 20% de la población estudiada corresponde a mujeres de 18 años, factor de riesgo reproductivo preconcepcional generalmente no cuentan con pareja estable y la probabilidad de que se produzca en ellas un embarazo de riesgo es alta, tal como se demostró que en este estudio el 91,6% de las 18 años son solteras, de las cuales 16,6% sin pareja estable y 75% con pareja 1 año de relación amorosa. Respecto al nivel educacional, la población estudiada alcanzo un nivel enseñanza media (completa e incompleta) y estudios técnicos en un 83,3% (16,6% en 18 años y 66,6% en 19 años. En términos generales que el 61,6% de las mujeres encuestadas trabajan como dueña de casa en su hogar. En el plano familiar, se observa que el 33% de las mujeres del estudio viven con familiares y/o hijos (as) dentro el hogar, y estos (as) a su vez conviven con sus parejas e hijos y/u otros familiares en algunos casos, lo que explica que prácticamente el 50% de las mujeres tenga permanentemente a su cuidado a más de 2 personas. El 63% de la población en estudio no planificó el embarazo actual. En este estudio el 7% no aceptaba el embarazo al inicio de la gestación. Al analizar estadísticamente las prácticas de autocuidado preconcepcional, un aspecto importante a señalar es que tan sólo el 10% de las mujeres estudiadas (1 encuestada 18 años y 5 encuestadas 19 años). El ámbito nutricional presenta un marcado déficit en relación a los conocimientos según la cantidad de leche a consumir durante el embarazo (70% sin conocimientos), a las porciones y tipos de alimentos a consumir durante el embarazo (91,6% sin conocimientos) y en general al consumo de leche y/o derivados (63% no consume leche y/o derivados). Así como el control con médico (58,3%) y la exposición a teratógenos químicos (65%). Al analizar la dimensión biológica, esta es la que presenta mayores

falencias. Si bien el control médico tiene importantes niveles de adhesión (58,3%), estos podrían estar mediados por los porcentajes de mujeres del estudio con edades 19 años (80% de las encuestadas). No así el control por matrona que presenta niveles de adhesión de 46,6%, y en cuanto al control preconcepcional con matrona, el 32% de la población acudió a ésta para planificar su embarazo. Un marcado déficit en medidas preconcepcionales como consumo de suplemento de ácido fólico y revisión dentaria (10% y 3,3% respectivamente), condiciones que favorecen la presencia de potenciales factores de riesgo. Por otra parte, el déficit en el estilo de vida saludable (16,6%), hace referencia en primer lugar con una marcada carencia en el conocimiento de los riesgos asociados al consumo de cigarrillos, alcohol y/o drogas (83,3%), seguido por el 70% de la población encuestada que se automedica. En cuanto a la exposición a teratógenos, el 46,6% de la población utiliza insecticidas en forma continua en las labores del hogar. Menciona estar realizando conductas favorables en seis o más de los ámbitos investigados destacando la dimensión psicosocial; destinadas a mantener una autoestima, estado de ánimo y relaciones interpersonales saludables, con porcentajes 96,6%, 88,3% y 88,3 % respectivamente.

Serrano, E; Meneses P. 2009. Orientación sobre autocuidado en las mujeres embarazadas junio 2009. Tesis pregrado. Las mujeres embarazadas tienen muy poco conocimiento sobre nutrición en lo que corresponde a un 24%, ingiriendo alimentos que contienen más grasas durante su periodo de embarazo, esto nos indica que las mujeres por su edad no han tenido un buen conocimiento de lo que es la buena alimentación.

En relación al conocimiento, que tienen las mujeres embarazadas sobre los beneficios de las características de los controles pre-natales, tenemos que un 38% tienen conocimientos y se han realizado uno a dos controles, lo que esto nos indica que no están dentro de los límites establecidos, por el Ministerio de Salud Pública, y de acuerdo a la edad, se observa que las mujeres de 20 a 23

años tienen 3 hijos en un 20%, y un 16% 4 hijos por lo cual podemos deducir que las mujeres salen embarazadas a muy temprana edad, es debido al poco conocimiento que tienen las adolescentes sobre planificación familiar. En relación a los malestares de las mujeres embarazadas un 44 %, se automedica acudiendo a boticarios lo que evidencia que esto influye en su auto cuidado durante su gestación, poniendo de esta manera su vida y la de su hijo. La mayoría de las embarazadas en un 30% se han auto medicado, tomando apranax, lo que les ha llevado a tener malestares como, mareos, esto nos da una clara visión de que no acuden a los centros de salud para sus chequeos médicos de rutina. Demostrando que el 28% de las mujeres se informan mediante la TV, sobre autocuidado y varios temas importantes para su aprendizaje.

Sobre los programas educativos acerca de autocuidado en las mujeres embarazadas el 48% de ellas manifiestan que no han recibido información por parte de ningún personal de salud, ocasionando que exista desconocimiento sobre el cómo llevar un buen embarazo.

Duran, M. Gonzales, M. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Centro de Salud de Villagarcía de Arosa". Pontevedra. 2008. Dentro de las preguntas del cuestionario interrogamos sobre el contacto con la sanidad. Así obtuvimos que de estas 195 mujeres 94% refieran conocer a su médico de familia; es por lo tanto una población que está relacionada de un modo directo con la sanidad pública. Sin embargo, encontramos que un 68,42% de esta población que conoce a su médico no llega a hacer una consulta antes de su embarazo. Se les preguntó si conocían el beneficio que supondría para su salud y la de su hijo realizar un estudio por parte de su médico antes de la concepción, la contestación fue la siguiente: 41 respuestas afirmativas, 111 repuestas negativas, 43 no saben/no contestan. Les preguntamos, además, si creían que

esto era algo necesario, a lo que el 84,8% cree que sí. En esta línea de preguntas consideramos importante saber quiénes acuden frecuentemente al ginecólogo 72,8% lo hacen de modo habitual y es un número importante el que acude anualmente.

Entre las mujeres que creen tener una buena información sobre los pasos a dar antes de un embarazo encontramos que el 30,21% cree tenerla, pero además se les había informado del beneficio de realizar estudios antes de un embarazo. El 12,94% afirma que se les había informado que era beneficioso realizar estudios antes de un embarazo; sin embargo no cree tener una buena información antes del mismo.

En un tema de gran actualidad, como es el uso del ácido fólico 3 meses antes de la concepción para la prevención de la espina bífida, nos encontramos que saben lo que es el ácido fólico 83 mujeres(42,3%), se lo han dado en sus embarazos a 59(44,36%) y el 59,1% de esta población desconoce porque se lo prescribieron. Queríamos saber hasta qué punto la población cree tener una adecuada información sobre los pasos a dar antes de un embarazo; encontramos que el 27,17% no cree saberlo.

Preguntamos si creen que su médico y/o ginecólogo les aporta la información necesaria sobre estos temas; cree tenerla el 59,48%. En esta cuestión era frecuente que ellas nos comentaran que este tipo de información cree que se les daría en el caso de demandarse. Son 190 las mujeres que nos responden sobre si creen que es función del médico de familia dar información sobre estudios preconceptionales; de ellas 68,9% responden que sería función de él y 31,1% que no, y consideran en este caso que sería una función del ginecólogo.

4. HIPÓTESIS:

Dado que en nuestra sociedad uno de los problemas de salud pública es la falta de planificación del embarazo, inadecuada información y/o prácticas sobre autocuidado preconcepcional, y estos aspectos mencionados nos podrían conllevar a tener un producto en malas condiciones y a su vez aumentar la morbilidad materna y neonatal.

Es probable que en las gestantes que se controlan en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata, tengan inadecuadas prácticas sobre autocuidado preconcepcional, y a su vez exista relación entre los factores personales, y las siguientes medidas de autocuidado preconcepcional: nutrición, control médico, control obstétrico, hábitos nocivos, conocimiento de autocuidado, exposición a teratógenos químicos, autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social antes del embarazo.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. **Técnica:** Entrevista en la cual se aplicó una encuesta a las gestantes, inmediatamente después de su consulta obstétrica. (anexo n°1)
2. **Instrumento:** Se aplicó una ficha estructurada como instrumento para recoger información de las variables, la cual consta de dos secciones, la primera se refiere a los datos generales de la mujer y la segunda a la realización de las prácticas de autocuidado conteniendo preguntas abiertas y cerradas.
3. **Materiales de verificación:**
 - ✓ Material bibliográfico
 - ✓ Fichas de encuesta
 - ✓ CD
 - ✓ Tinta de impresora
 - ✓ Computadora
 - ✓ Impresora
 - ✓ Material de escritorio
4. **Campo de verificación:**
 - 4.1. **Ubicación espacial:** La investigación se realizó en el Centro de salud Ampliación Paucarpata (Av. Kennedy 2101) Distrito de Paucarpata, Departamento de Arequipa.
 - 4.2. **Ubicación temporal:** Es un estudio retrospectivo el cual se realizó durante los meses de Junio-Agosto del 2013, en Paucarpata-Arequipa.
 - 4.3. **Unidades de estudio:** Está representado por las gestantes que asistieron a su control prenatal en el Centro de salud Ampliación Paucarpata. El tamaño de la muestra se realizó tomando en cuenta que nuestro universo es 478 gestantes nuevas al año, siendo aproximadamente 30-40 gestantes nuevas por mes (realizándose el estudio durante los meses junio, julio y agosto):

- ✓ **Tamaño de muestra:** 100
 - ✓ **Tipo de muestreo:** No probabilístico, secuencial.
 - ✓ **Criterios de inclusión.**
 - ✓ Gestantes ingresadas al control prenatal, atendidas en el consultorio de Obstetricia durante los meses de junio-agosto 2013.
 - ✓ **Criterios de exclusión.** Se excluyeron del estudio a aquellas gestantes que se negaron a participar en la investigación.
- 5. Estrategia de recolección de datos:** Se aplicó una encuesta estructurada, la cual consta de dos secciones, la primera se refiere a los datos generales de la mujer y la segunda a la realización de las prácticas de autocuidado. Se les explicó los objetivos de la investigación, así como el carácter de confidencialidad de los datos obtenidos y del uso de estos mismos para fines académicos y de investigación, solicitando su consentimiento firmado.
- 6. Estrategia para manejar resultados:** Para el análisis estadístico se utilizó el X^2 . El software utilizado para este fin fue SPSS 16.0. Un valor de $p < 0.05$ se consideró significativo.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

**“PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL DE LAS
GESTANTES QUE ASISTIERON A SU CONTROL PRENATAL EN
EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA, DURANTE
JUNIO-AGOSTO DEL 2013”**

TABLA N°. 1

**FACTORES PERSONALES DE LAS GESTANTES EN ESTUDIO DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA**

CARACTERÍSTICAS	N°.	%
EDAD		
<19	7	7.0
19 a 34	75	75.0
>35	18	18.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	6	6.0
Secundaria	55	55.0
Superior	39	39.0
ESTADO CIVIL		
Soltera	12	12.0
Casada	41	41.0
Conviviente	45	45.0
Divorciada	2	2.0
Viuda	0	0.0
TOTAL	100	100.0

La tabla N° 1; Muestra que el 75% de las gestantes tienen entre 19 a 34 años, el 18% son mayores de 35 años, y el 7% son menores de 19 años. En cuanto al grado de instrucción nos muestra que el 55% de las gestantes tienen un grado de instrucción secundaria, el 39% superior, y el 6 % primaria. Así mismo el estado civil de nuestras gestantes nos muestra que el 45% son convivientes, el 41% casadas, el 12% solteras y el 2% viudas.



TABLA N°. 2

**FACTORES BIOLÓGICOS DE LAS GESTANTES EN ESTUDIO DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA**

CARACTERÍSTICAS	N°.	%
ENFERMEDADES CRÓNICAS		
si	8	8.0
no	92	92.0
ANTECEDENTE GINECO-OBSTETRICOS		
si	15	15.0
no	85	85.0
NUMERO DE PARTOS		
0	42	42.0
1-2	48	48.0
>3	10	10.0
TOTAL	100	100.0

La tabla N° 2; Muestra que el 92% de nuestras gestantes no padecen de enfermedades crónicas, el 85% no tienen antecedentes gineco-obstétricos y/o patológicos. En cuanto al número de partos nos muestra que el 48 % de nuestras gestantes han tenido de 1 a 2 partos, el 42% no ha tenido ningún parto, el 10% ha tenido más de 3 partos.

TABLA N°. 3

**FACTORES ECONÓMICOS DE LAS GESTANTES EN ESTUDIO DEL
SERVICIO DE OBSTETRICIA**

CARACTERÍSTICAS	N°.	%
LUGAR DE TRABAJO		
Ama de casa	71	71.0
Trabajo independiente	14	14.0
Trabajo dependiente	15	15.0
HORAS DE TRABAJO		
<5 horas	3	3.0
De 5-7 horas	14	14.0
De 8-10 horas	46	46.0
>10 horas	37	37.0
INGRESO FAMILIAR		
Malo	3	3.0
Aceptable	94	94.0
Bueno	3	3.0
VIVIENDA		
Propia	41	41.0
Alquilada	34	34.0
Familiar	25	25.0
TOTAL	100	100.0

La tabla N° 3; Muestra que el 71% de nuestras gestantes son ama de casa, el 15% tienen trabajo dependiente y el 14% tienen trabajo independiente. Así mismo el 46% trabaja de 8 a 10 horas, el 37% trabaja más de 10 horas, el 14% trabaja de 5 a 7 horas y el 3% trabaja menos de 5 horas. En cuanto al ingreso familiar nos muestra que el 94% de nuestras gestantes es aceptable, el 3% es bueno y el 3% es malo. De la misma manera se observa que el 41% de nuestras gestantes tienen vivienda propia, el 34% vive en vivienda alquilada y el 25% comparte una vivienda familiar.



TABLA N°. 4

**PRÁCTICAS SALUDABLES Y NO SALUDABLES DE AUTOCUIDADO
PRECONCEPCIONAL A NIVEL BIOLÓGICO Y PSICOSOCIAL EN LAS
GESTANTES EN ESTUDIO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
OBSTETRICIA**

DIMENSIONES	Saludable		No saludable	
	N°.	%	N°.	%
I. BIOLÓGICO				
Nutrición	8	8.0	92	92.0
Control médico	27	27.0	73	73.0
Control obstétrico	29	29.0	71	71.0
Hábitos nocivos	98	2.0	2	2.0
Conocimiento de autocuidado preconcepcional	21	21.0	79	79.0
Exposición a teratógenos	96	96.0	4	4.0
II. PSICOSOCIAL				
Autoestima	96	96.0	4	4.0
Estado de ánimo	92	92.0	8	8.0
Relaciones interpersonales	92	92.0	8	8.0
Círculo social	89	89.0	11	11.0

La tabla N°.4, muestra que el 8% de las gestantes tienen practicas saludables respecto a la nutrición, el 27% de ellas se realizan su control médico, el 29% se realizan su control obstétrico, solo el 2% no tienen hábitos nocivos. De la misma manera se observa que el 4% tienen exposición a teratógenos químicos (insecticidas, fertilizantes, veneno para ratones).En la esfera psicosocial las madres encuestadas refirieron tener prácticas saludables ya que presentan comportamientos de autoestima alta, buen estado de ánimo, adecuadas relaciones interpersonales, así como integración a círculos sociales en mayor proporción, que las de prácticas no saludables.

GRÁFICO N°.1

**PRÁCTICAS SALUDABLES Y NO SALUDABLES DE AUTOCUIDADO
PRECONCEPCIONAL A NIVEL BIOLÓGICO EN LAS GESTANTES QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE OBSTETRICIA**

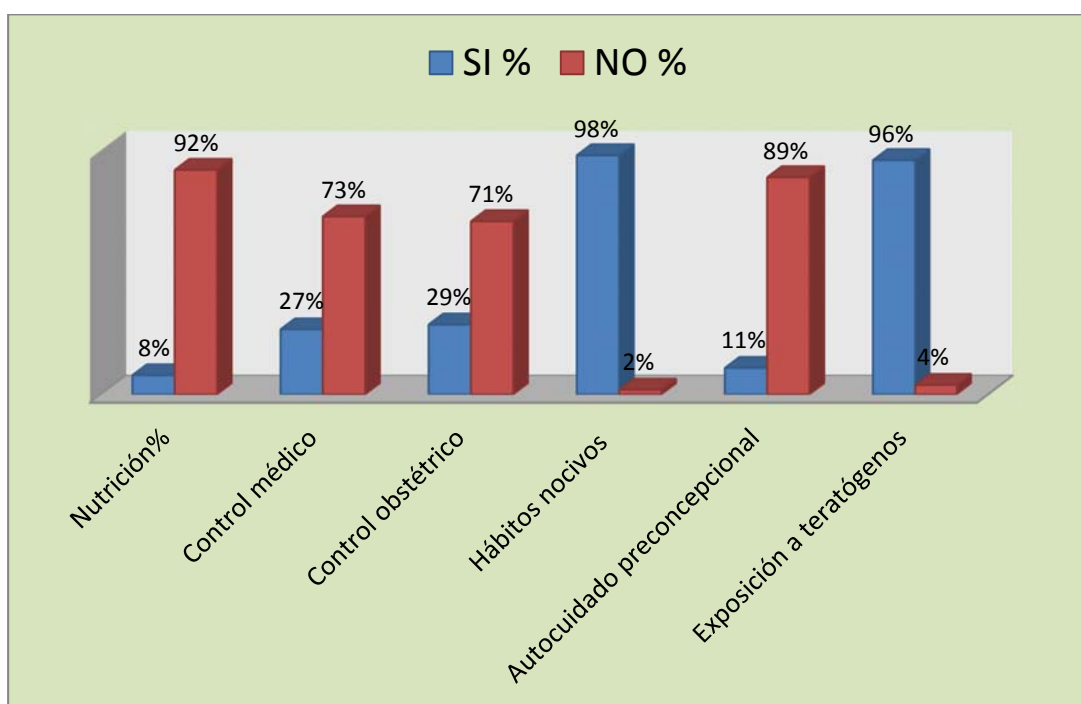


GRÁFICO N°. 2

PRÁCTICAS SALUDABLES Y NO SALUDABLES DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL A NIVEL PSICOSOCIAL EN LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE OBSTETRICIA

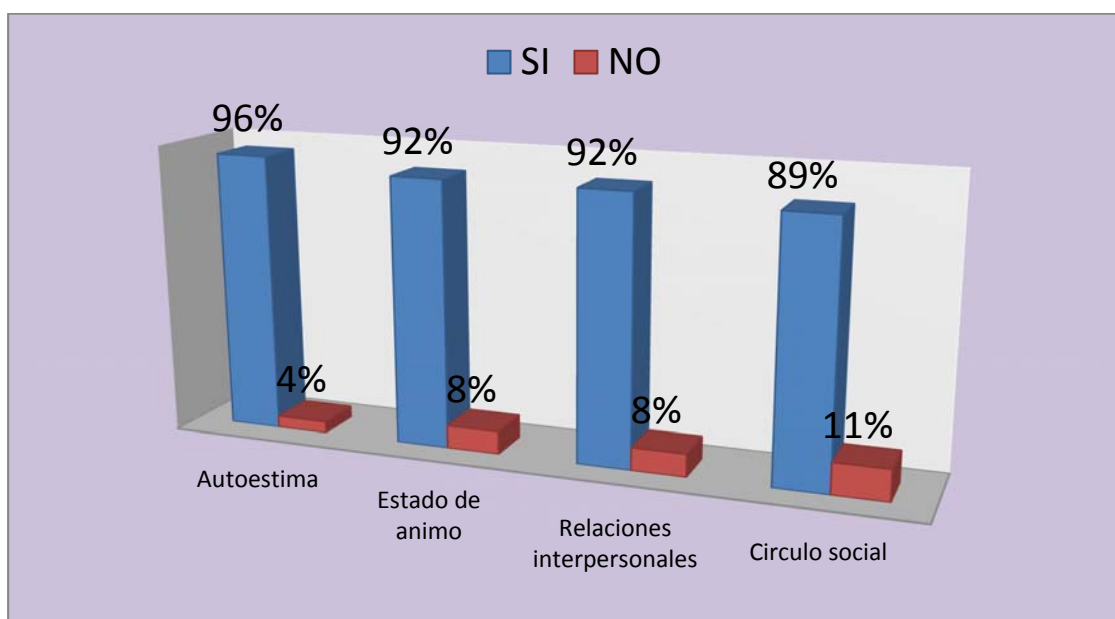


TABLA N°5

**AUTOCAUIDADO PRECONCEPCIONAL REALIZADO POR LAS
GESTANTES EN ESTUDIO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
OBSTETRICIA**

CARACTERÍSTICAS	N°.	%
PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO		
Si	26	26
No	74	74
PRÁCTICAS DE AUTOCAUIDADO PRECONCEPCIONAL		
Si	11	11.0
No	89	89.0
INMUNIZACIONES		
Vacuna contra la Rubeóla		
Si	74	74.0
No	26	26.0
Vacuna contra la Hepatitis B		
Si	42	42.0
No	58	58.0
Vacuna contra el tétanos		
Si	54	54.0
No	46	46.0
Suplemento de Ácido Fólico		
Si	16	16.0
No	84	84.0

Test de ELISA para VIH		
Si	18	18.0
No	82	82.0
TOTAL	100	100.0

En la tabla N° 5, Muestra que el 74% de las gestantes no planificaron su embarazo y solo el 26% planificaron su embarazo. De las cuales el 89% de las gestantes no realizaron prácticas preconcepcionales (exámenes de laboratorio, toma de ácido fólico, evaluación con el nutricionista); y solo el 11% las realizaron. Sobre las medidas de autocuidado realizadas por las gestantes que acudieron a su control prenatal apreciamos que hubo un 74% de madres que se hicieron vacunar contra la rubeola, y el 42 % contra la hepatitis B, el 54% contra el tétanos, esto porque ya desde hace 5 años en el Ministerio de Salud se han instaurado medidas de vacunación obligatorias y gratuitas, contra la Hepatitis B, la rubeola y el tétanos. El test de ELISA para la población de mujeres en edad fértil es también gratuito y a pesar de ello solo un 18 % se realizaron este test

TABLA N°.6

RELACIÓN ENTRE EL CONTROL MÉDICO Y LAS CARACTERÍSTICAS
EN ESTUDIO

Características	Control médico				Estadística	
	Si		No			
	Nº.	%	Nº.	%	X²	P
EDAD						
<19	0	0.0	7	9.6	3.31	P>0.05
19-34	23	85.2	52	71.2		
>35	4	14.8	14	19.2		
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	4	14.8	2	2.7	14.37	P<0.05
Secundaria	7	25.9	48	65.8		
Superior	16	59.3	23	31.5		
PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO						
Si	12	44.4	14	19.2	6.54	P<0.05
No	15	55.6	59	80.8		
CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL						
Si	18	66.7	3	4.1	46.49	P<0.05
No	9	33.3	70	95.9		
TOTAL	27	100	73	100		

La tabla N° 6, nos muestra que según la prueba de chi cuadrado el grado de instrucción, la planificación del embarazo y el conocimiento sobre autocuidado preconcepcional presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$) con el control médico. Asimismo se muestra que el 85.4% de las gestantes que se realizaron su control médico previo al embarazo tienen entre 19 a 34 años, el 59.3% de las gestantes tiene grado de instrucción superior, el 44.4 % planificó su embarazo y el 66.7% de ellas tienen conocimiento sobre autocuidado preconcepcional.

La NO realización del control médico preventivo antes de la gestación se asoció a gestantes de grado de instrucción secundaria, a la no planificación del embarazo, y al desconocimiento sobre autocuidado preconcepcional.



TABLA N°. 7

RELACIÓN ENTRE EL CONTROL OBSTÉTRICO Y LAS
CARACTERÍSTICAS EN ESTUDIO

Características	Control obstétrico				Estadística	
	Si		No		X ²	P
	N°.	%	N°.	%		
EDAD						
<19	0	0.0	7	9.9	3.20	P>0.05
19-34	24	82.8	51	71.8		
>35	5	17.2	13	18.3		
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	3	10.3	3	4.2	7.15	P<0.05
Secundaria	10	34.5	45	63.4		
Superior	16	55.2	23	32.4		
PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO						
Si	14	48.3	12	16.9	10.53	P<0.05
No	15	51.7	59	83.1		
CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL						
Si	18	62.1	3	4.2	41.53	P<0.05
No	11	37.9	68	95.8		
TOTAL	29	100	71	100		

La tabla N° 7, según la prueba de chi cuadrado se aprecia que el grado de instrucción, la planificación del embarazo y el conocimiento sobre autocuidado preconcepcional presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$) con el control obstétrico. Asimismo se muestra que el 82.8% de las gestantes que se realizaron su control obstétrico tienen entre 19 a 34 años, el 55.2% de las mujeres tienen grado de instrucción superior, el 48.3% planifico su embarazo y el 62.1% de ellas tienen conocimiento sobre autocuidado preconcepcional.

La NO realización del control obstétrico antes de la gestación se asoció a pacientes de grado de instrucción secundaria, a la no planificación del embarazo, y al desconocimiento sobre autocuidado preconcepcional



TABLA N°. 8

**RELACIÓN ENTRE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO
PRECONCEPCIONAL Y LAS CARACTERÍSTICAS EN ESTUDIO**

Características	Prácticas de Autocuidado preconcepcional				Estadística	
	Si		No		X ²	P
	N°.	%	N°.	%		
EDAD						
<19	0	0.0	7	7.9	8.41	P<0.05
19-34	9	81.8	66	74.2		
>35	2	18.2	16	18.0		
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	2	18.2	4	4.5	9.87	P<0.05
Secundaria	6	54.5	49	55.1		
Superior	3	27.3	36	40.4		
PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO						
Si	1	9.1	25	28.1	11.97	P<0.05
No	10	90.9	64	71.9		
CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL						
Si	3	27.3	18	20.2	1.36	P>0.05
No	8	72.7	71	79.8		
TOTAL	11	100	89	100		

La tabla N°. 8, según la prueba de chi cuadrado se aprecia que la edad, el grado de instrucción, la planificación del embarazo presentaron relación estadística significativa con las medidas de autocuidado preconcepcional ($P<0.05$). Asimismo se muestra que el conocimiento sobre autocuidado preconcepcional no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$) con las medidas de autocuidado preconcepcional.

II. DISCUSIÓN:

Realizada la investigación sobre las prácticas de autocuidado preconcepcional de las mujeres que acudieron al control prenatal en el Centro Salud Ampliación Paucarpata. En la muestra el 75% de las pacientes tienen entre 19 a 34 años, el 55% de ellas presentaron un grado de instrucción secundaria, solo el 26% de las gestantes planificó su embarazo y el 21% de ellas tuvieron conocimiento sobre las medidas de cuidado preconcepcional. En la esfera psicosocial las madres encuestadas refirieron tener prácticas saludables ya que presentan comportamientos de autoestima alta, buen estado de ánimo, adecuadas relaciones interpersonales, así como integración a círculos sociales en mayor proporción, que las de prácticas no saludables.

Comparando nuestros hallazgos con DUARTES (2) en Chile las madres realizan acciones de autocuidado preconcepcional en forma saludable destacando la dimensión psicosocial destinadas a mantener una autoestima, estado de ánimo y relaciones interpersonales saludables, con porcentajes 96,6%, 88,3% y 88,3 % respectivamente así como el control con médico (58,3%) Estos resultados tienen relación con las políticas de la salud, en que la promoción y prevención tienen un papel fundamental. Sin embargo, en nuestro estudio en la práctica no existe el hábito generalizado del autocuidado preconcepcional ni de la consulta preconcepcional y una proporción importante de los embarazos no son planificados. Así, sólo es posible programarlos cuidados prenatales desde el primer control del embarazo.

En un estudio de SERRANO (9) se encontró que el 24% de las mujeres embarazadas tienen poco conocimiento sobre nutrición, el 38% tienen conocimiento y se han realizado uno o dos controles obstétricos. Al consolidar las prácticas se observó en nuestro estudio que sólo el 8% de las pacientes tienen prácticas saludables respecto a la nutrición, el 27% de ellas se realizan su control médico, el 29% se realizan su control obstétrico, y solo el 2% no tienen hábitos nocivos. De la misma manera se observa que el 4% tienen exposición a teratógenos.

En un estudio de DURAN (16) se encontró que un 68,42% de esta población que conoce a su médico no llega a hacer una consulta antes de su embarazo. Se les preguntó si conocían el beneficio que supondría para su salud y la de su hijo realizar un estudio por parte de su médico antes de la concepción, el 21% fueron respuestas afirmativas, 56.9% repuestas negativas, y 22% no saben o no contestan. Se les preguntó si creían necesario estos estudios el 84,8% opinó que sí. Entre las mujeres que creen tener una buena información sobre los pasos a dar antes de un embarazo se encontró que el 30,21% creía tenerla, pero además se les había informado del beneficio de realizar estudios antes de un embarazo. El 12,94% afirma que se les había informado que era beneficioso realizar estudios antes de un embarazo; sin embargo no cree tener una buena información antes del mismo. Mientras que en nuestro estudio sólo el 27 % tuvieron control médico y el 21 % tenían conocimiento de lo que es el cuidado preconcepcional en el estudio de Durán en Cuba el 72.8% acudirían a control previo al embarazo.

Según DUARTES (2) un tema de gran actualidad, como es el uso del ácido fólico 3 meses antes de la concepción para la prevención de las malformaciones del tubo neural, nos encontramos que el 42,3% utilizaron esta medida preventiva, mientras que en nuestro estudio sólo el 16 % tomó ácido fólico antes del embarazo. Sobre la variable del ácido fólico, obtuvimos que entre las mujeres que creen tener una adecuada información sobre los pasos que hay que dar antes de un embarazo el 62,75% sabe lo que es el ácido fólico, mientras que el 28,96%, no, y sin embargo creen tener una buena información sobre los pasos a dar antes de un embarazo.

III. CONCLUSIONES:

1. las pacientes que acuden a su control prenatal en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata tienen en su mayoría entre 19 a 34 años (75%), el 18% son mayores de 35 años, y el 7% son menores de 19 años, así mismo el 55% de las pacientes tienen un grado de instrucción secundaria, el 39% superior, y el 6 % primaria El estado civil de nuestras gestantes nos muestra que el 45% son convivientes, el 41% casadas, el 12% solteras y el 2% viudas.
2. Las pacientes que acuden a su control prenatal en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata no poseen hábitos saludables en cuanto a las prácticas de autocuidado preconcepcional; ya que no hay cuidado en su nutrición, control médico y/o obstétrico. Sólo el 26% de la muestra planificó su embarazo y un escaso 21 % tenían adecuados conocimientos sobre las medidas de autocuidado preconcepcional. En la esfera psicosocial las madres gestantes encuestadas refirieron tener prácticas saludables ya que presentan comportamientos de autoestima alta, buen estado de ánimo, adecuadas relaciones interpersonales, así como integración a círculos sociales en mayor proporción, que las de prácticas no saludables.
3. Las pacientes que acuden a su control prenatal en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata, y que no realizaron su control médico y/o obstétrico preventivo antes de la gestación se asociaron a pacientes de grado de instrucción secundaria, a la no planificación del embarazo, y al desconocimiento sobre autocuidado preconcepcional. Las prácticas de autocuidado preconcepcional se asociaron a la edad, al nivel de instrucción secundario y superior, y a la no planificación del embarazo; pero no se relacionó con el conocimiento sobre cuidados preconcepcionales.

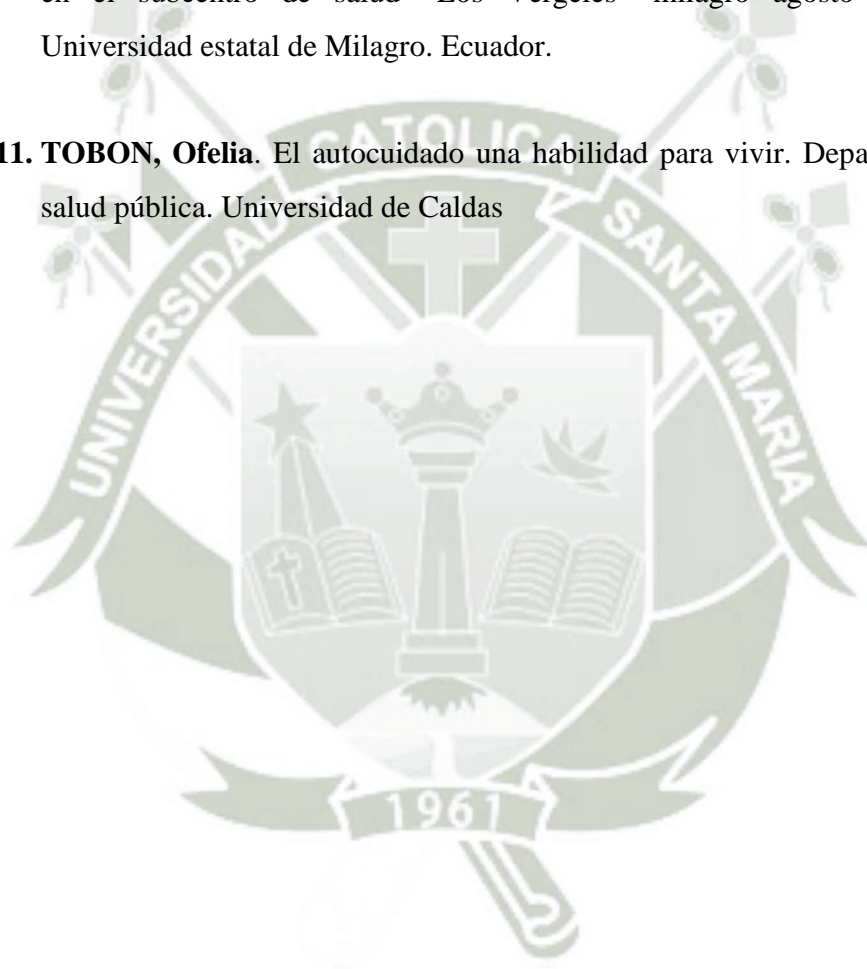
IV. RECOMENDACIONES:

Según los resultados encontrados, podemos considerar que es necesario e importante, generar estrategias de promoción y prevención en salud, considerando las prácticas de autocuidado preconcepcional de las mujeres en edad fértil incluyendo aspectos obstétricos y no obstétricos, siendo indispensables para lograr buen impacto en los niveles de salud materna y perinatal y el ejercicio de una salud sexual y reproductiva saludable, considerando las características de esta población; unido a estrategias de intervención en el plano de la salud sexual y reproductiva del periodo preconcepcional, integrando las capacidades y herramientas con que cuentan las mujeres, para así lograr cambios que se mantengan en el tiempo. Es por ello que las mujeres en edad fértil deben ser educadas en la necesidad y beneficio de la asistencia preconcepcional. Solo así, siempre que deseen un embarazo acudirán a valorar su estado de salud

BIBLIOGRAFIA

1. **CARTA DE OTTAWA.** Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, noviembre 1986.
2. **DUARTES, Heidi.** (2008). Prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas que ingresan al control prenatal en el consultorio urbano Víctor Domingo Silva, de la ciudad de Coyhaique. Tesis Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.
3. **FERNÁNDEZ, T; JUNCO, X Y COL.** (2004). Conocimiento de la población sobre el riesgo preconcepcional y cumplimiento del programa. Área de Salud: Cerro.
4. **FESCINA, RH; DE MUCIO B Y COL.** Salud sexual y reproductiva: Guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3a Edición. Montevideo: CLAP/SMR; 2011. (Publicación CLAP/SMR, 1577).
5. **JACOME, P.** Manejo de la nutrición en las adolescentes embarazadas. Curso internacional de la adolescencia. Ecuador.
6. **OMS.** 1995. Salud reproductiva para todos.
7. **PERU, MINISTERIO DE SALUD.** 2004. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud.
8. **SALVADOR, MINISTERIO DE SALUD.** 2011. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido.

9. **SCHWARCZ, URANGA Y COL.** (2001). El cuidado prenatal guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Área de Salud Materno Perinatal y Reproductiva. Ministerio de salud de Argentina.
10. **SERRANO, E; MENESES, T.** 2009. Autocuidado en mujeres embarazadas en el subcentro de salud “Los Vergeles” milagro agosto 2008-2009. Universidad estatal de Milagro. Ecuador.
11. **TOBON, Ofelia.** El autocuidado una habilidad para vivir. Departamento de salud pública. Universidad de Caldas



HEMEROGRAFIA

12. **BASTIAS, E; SANHUEZA, O.** 2004. Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de Concepción, Chile. Ciencia y enfermería x (1): pg 41-56.
13. **BRANCO, LEITE Y COL.**2013. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. Universidad de Murcia. Departamento de Enfermería. España.
14. **CAPITAN, M; CABRERA, R.** 2001. La consulta preconcepcional en Atención Primaria: Evaluación de la futura gestante. Vol. 11 – Núm. 4. Medifam. España.
15. **CERVERA, L; BRIZUELA, S;Y COL.** Riesgo reproductivo Preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Revista Cubana de Medicina General. La Habana. Editorial Ciencias médicas. No. 465
16. **CASTRO.** Riesgo preconcepcional y producto de la concepción. Revista Cubana de Medicina General. La Habana. Editorial Ciencias médicas.
17. **DURAN, M, GONZALES, M.** (2002). Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Revista Cubana de Medicina General. La Habana; 43: 252-262.
18. **LORENZO, P; COLLAZO, I Y COL.** Embarazo y uso del ácido fólico como prevención de los defectos del tubo neural. Revista Cubana de Medicina General. La Habana; 44: 252-262.

- 19. PEREDO, RAIMANN Y COL.** Síndrome de Fenilquetonuria materna, un nuevo desafío para Chile. 2013. Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología. Providencia Santiago – Chile.
- 20. TORRES, Narcisa.** (2005). Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas influyentes en la aparición de discapacidades de origen prenatal entre la población en edad reproductiva en la ciudad de Ibarra. Prenatal Ecuador. Fundación Waal. Imbabura.
- 21. VALADEZ, I; ALFARO, N; POZOZ, E.** 2003. Cuidados alternativos en la atención del embarazo en Jalisco, México. Universidad de Guadalajara. México. Artículo 19 (5):1313-132.
- 22. VEGA, O; GONZALEZ, D.** 2001. Teoría del déficit del autocuidado. Universidad Francisco de Paula Santander. Volumen 4.

PAGINAS DE INTERNET

- 23. CABALLERO, VAILLANT, Y COL.** Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. v.72 n.1 Santiago 2007.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000100001>.
- 24. CHILE, MINISTERIO DE SALUD (MINSAL).** 2001. Control Preconcepcional en el servicio de Osorno. (Disponible en:http://www.minsal.cl/ici/salud_mujer/documentos/control_preconcepcional_osorno.doc).
- 25. CHILE, MINISTERIO DE SALUD (MINSAL).**2004. Programa Salud de la Mujer; Consulta de Atención Preconcepcional. P. 66-71. (Disponible en:<http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf>).
- 26. LEITE, R; BRANCO, C Y COL.**Evaluación de atención prenatal bajo la perspectiva de los diferentes modelos en la atención primaria. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000300007.
- 27. MARIANELA DE LA C. PRENDES Y COL.** Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182010000100011>.
- 28. MARQUEZ, V. (2006). Santiago, Chile.** Taller de autocuidado, relajación y vida sana. Manual del facilitador. Disponible en: <http://www.inta.cl/materialEducativo/Rojo1.pdf>. Consultado el: 2 de Enero de 2008).

29. MONTOYA, G. (2007). La ética en el cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2007000200003&lng=es&nrm=. Consultado el 6 de Julio del 2008.

30. RODRÍGUEZ, COLLAZO Y COL. Embarazo y uso del ácido fólico como prevención de los defectos del tubo neural. Rev. Méd. Electrón. Disponible <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema02.htm>.

31. SECLÉN, J; JACOBY, E; Y COL. 2000. Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del proyecto 2000. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.3 no.4 Recife Oct./Dec. 2003. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292003000400007>.



I. ANEXOS

INSTRUMENTO

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL. AREQUIPA-2013 **INTRUCCIONES**

A continuación, se presentan una serie de preguntas divididas en 2 etapas, la primera etapa consiste en responder datos generales acerca de su persona y la segunda parte se refiere a los datos más específicos que permitirán desarrollar esta investigación.

En la segunda etapa se presentan preguntas, en las que usted tendrá que marcar la que encuentre más conveniente, las respuestas consistirán en SI como en afirmación o NO como negación.

I. DATOS GENERALES.

Edad:.....Grado de instrucción:.....Estado civil: Soltera ()
Casada () Conviviente () Separada () Viuda ()

Número de partos que ha tenido usted: Ninguno () Sólo 1 () 2 () 3 () Más o igual a 4 partos ()

Marque con una x, alguna enfermedad crónica que usted tiene. Puede marcar más de una.

- ☐ Hipertensión Arterial
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Epilepsia
- ☐ Obesidad
- ☐ Depresión
- ☐ Anemia
- ☐ Asma bronquial
- ☐ Cardiopatías
- ☐ RH (-) sensibilizada
- ☐ Otras _____

Marque con una x, algún antecedente gineco-obstétrico que usted haya presentado. Puede marcar más de una.

- ☐ Aborto a repetición
- ☐ Recién Nacido con Malformaciones congénitas.
- ☐ Muertes perinatales
- ☐ Recién Nacido de Bajo peso al nacer. (Menor de 2500grs.)
- ☐ Parto Pre término. (Antes de las 37 semanas)
- ☐ Cesárea anterior menos de 2 años.
- ☐ Embarazo Ectópico
- ☐ Otras _____
- ☐ Ninguno

Marque con una X, su lugar de trabajo.

- ☐ Ama de casa

- ___ Trabajadora agrícola. (Granjeros, jardineros, forestales o floricultores).
___ Trabajadora industrial. (Farmacéuticas, laboratorio, pintura, tintorerías, etc.)
___ Trabajo en hospitales, consultorios o clínica
___ Trabajo en un lugar abierto al ambiente.
___ Trabajo con artesanía.
___ Otros _____
___ No trabaja.

Las horas que usted trabaja al día son: Menos o igual de 5 horas al día () Entre 5 a 7 horas al día () Entre 8 a 10 horas al día () Más o igual de 11 horas al día () Otros () _____

Su Ingreso Familiar es: Malo () Aceptable () Bueno ()

Vivienda: Propia () Alquilada () familiar

II. DATOS ESPECÍFICOS.

NUTRICIÓN.

- ¿Consume usted leche o sus derivados? Si () no () frecuencia _____
¿Consume usted pescado? Si () no () frecuencia _____
¿Consume usted carne roja? Si () no () frecuencia _____
¿Consume usted verduras? Si () no () frecuencia _____
¿Consume usted frutas? Si () no () frecuencia _____

El agua que usted consume proviene de:

- ___ Drenajes sanitarios
___ Agua hervida
___ Pozos
___ Agua corriente sin hervir

CONTROL CON EL MEDICO

- ¿Ha asistido a sus controles médicos? SI () NO () Frecuencia _____
¿Se controla su peso? SI () NO () Frecuencia _____
¿La razón por la que asistió al médico en el último año?
Preventivo ()
Enfermedad ()

CONTROL CON EL OBSTETRA

- ¿Su examen de PAP está vigente? SI () NO () Cuando _____
¿Se realiza usted el autoexamen de mamas? SI () NO () Frecuencia _____

HÁBITOS NOCIVOS

- ¿Fuma cigarrillos de tabaco? SI () NO () Frecuencia _____
¿Consume usted alcohol? Si () NO () frecuencia _____
¿Consume usted medicamentos? SI () NO () frecuencia _____
¿Usted se automedica? SI () NO () frecuencia _____
¿Consume usted cocaína y/u otras drogas recreacionales? SI () NO ()
cuales _____
¿Algún miembro de su familia fuma tabaco dentro de la casa?
SI () NO () Frecuencia _____

¿Conoce Usted los riesgos asociados a ellos consumo de cigarrillos, alcohol y/o medicamentos, drogas? SI () NO ()

CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL

Sabe usted acerca de “Cuidado Preconcepcional”

SI () NO () Que sabe:

La información relacionada con “Autocuidado Preconcepcional” que usted posee la ha obtenido de:(Puede marcar más de uno)

- ☐ Radio
- ☐ Televisión
- ☐ Internet
- ☐ Profesional de salud
- ☐ Familia

EXPOSICIÓN A TERATÓGENOS QUÍMICOS: Marque con una X la respuesta:

¿Conoce usted los efectos nocivos para el embarazo de estas sustancias, cual utiliza usted en su hogar?

SI () NO ()

- ☐ Insecticidas
- ☐ Fertilizantes
- ☐ Veneno para matar ratones
- ☐ Ninguno.

¿Qué sabe usted sobre los efectos nocivos de estas sustancias?

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL

¿Su embarazo fue planificado? SI () NO ()

Si el embarazo fue planificado, ¿Acudió al obstetra para planificar su embarazo? SI () NO ()

Si la respuesta anterior fue “SI”, ¿Usted se preparó de alguna forma para este embarazo?

- ☐ Me hice exámenes
- ☐ Tomé ácido fólico
- ☐ Fui al nutricionista para evaluar mi peso actual

INMUNIZACIONES

¿Usted se vacunó contra la Rubéola? SI () NO ()

¿Usted se vacunó contra la Hepatitis B? SI () NO ()

¿Usted se vacunó contra el tétanos? SI () NO ()

¿Usted está tomando suplemento de Ácido Fólico? SI () NO ()

¿Usted está tomando suplemento de Yodo? SI () NO ()

¿Usted se realizó el Test de ELISA para VIH? SI () NO ()

¿Usted se realizó una revisión de sus dientes previo a quedar embarazada?

SI () NO ()

AUTOESTIMA

¿Cuida usted su apariencia personal? SI () NO ()

¿Se siente usted aceptada por los demás? SI () NO ()

¿Usted es capaz de decir no cuando le ofrecen algo perjudicial? SI () NO ()

¿Escucha los consejos que le sirven para el cuidado de su salud? SI () NO ()

ESTADO DE ÁNIMO

¿Trata usted de evitar situaciones que la entristezcan? SI () NO ()

Existen problemas en su familia y/o entorno como por ejemplo:

__Dinero

__Trabajo

__Tipo de vivienda

__Miembro familiar alcohólico

__No existen problemas

__Otros (Especificar): _____

¿Trata usted de tranquilizarse cuando tiene problemas? SI () NO ()

¿Sale usted de casa para despejarse? SI () NO ()

RELACIONES INTERPERSONALES

¿Conversa usted de sus sentimientos con su pareja o familiares? SI () NO ()

¿Conversa usted de sus sentimientos con sus hijos? SI () NO ()

¿Conversa usted de sus sentimientos con sus amistades? SI () NO ()

CÍRCULO SOCIAL

¿Asiste usted a fiestas (familiares u otras)? SI () NO ()

¿Asiste usted a reuniones en su comunidad? SI () NO ()

¿Participa usted de actividades recreativas? SI () NO ()

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

Investigadores responsables:

Hilda Cárcamo Salazar
Aylin Mendoza Flores

Título del Proyecto:“Prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes que asistieron a su control prenatal en el centro de salud Ampliación Paucarpata, durante junio-agosto del 2013”

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito conocer las prácticas de autocuidado preconcepcional que desarrollan las mujeres estudiadas, así como también; los factores personales y del entorno que influyen en dichas conductas.

Al participar en este estudio, tengo total conocimiento de los objetivos de éste y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Estoy en conocimiento de:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora. Preguntas más específicas serán respondidas por la investigadora responsable del proyecto:
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

INVESTIGADOR RESPONSABLE

USUARIA PARTICIPANTE